BERICHT

ÜBER

1100 GEBURTEN

DER

K. UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK ZU WÜRZBURG.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

JOSEPH OSSENKOPP

PRAKT. ARZT IN

HOHENEGGELSEN (HANNOVER).

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG

FRANZ SCHEINER's BUCHDRUCKEREI

1905.

Referent: Herr Geheimer Hof-Rat Prof. Dr. Hofmeier.

Schon wiederholt hat Herr Professor Hofmeier in einer Inaugural-Dissertation über 1000 Geburten in der Würzburger Frauenklinik berichten lassen. Es sind seit dem 1. Januar 1889 schon über 8000 Geburten daselbst zur Beobachtung gekommen.

Das 1. Tausend hat Herr Professor Hofmeier in einem Journalartikel „zur Prophylaxe der Wochenbetterkrankungen" beschrieben. Das 2. Tausend ist beschrieben in einer Inaugural-Dissertation von Matthes 1894; das 3. von Hartel 1897; das 4. von Full 1899; das 5. von Jakobson 1902; das 6. von Fettweiss 1903. Über die folgenden 900 hat Dr. Dauber bei Gelegenheit des 10. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie berichtet. Die folgenden 1100 Geburten, welche in der Zeit vom 11. April 1903 bis zum 17. Dezember 1904 vorkamen, sollen nun im folgenden besprochen werden, so dass damit über 8000 Geburten der Würzburger Frauenklinik ein abgeschlossener Bericht vorliegt.

Diese 1100 Geburten verteilen sich auf folgende Monate:

1903		1904	
		Januar	47
		Februar	65
		März	68
April	37	April	50

1903		1904	
Mai	53	Mai	47
Juni	57	Juni	52
Juli	41	Juli	66
August	50	August	53
September	50	September	59
Oktober	47	Oktober	53
November	63	November	58
Dezember	56	Dezember	28

Dieselben sind auf 617 Tage verteilt.

Von den in der Anstalt entbundenen Frauen waren:

I para	498	IX para	8
II „	240	X „	13
III „	132	XI „	2
IV „	74	XII „	4
V „	37	XIII „	2
VI „	46	XIV „	1
VII „	28	XV „	2
VIII „	12	XVI „	1

Von den Wöchnerinnen waren 523 verheiratet, 4 verwitwet, 563 ledig. Wiederum lässt sich eine relativ stärkere Zunahme der verheirateten Frauen gegenüber den ledigen konstatieren, ein Umstand, auf den schon Dr. Dauber in seinem Bericht hinweist. Es ist jedenfalls ein Beleg für das Vertrauen, das man im Publikum den Gebäranstalten in gleicher Weise wie den Krankenhäusern immer mehr entgegenbringt.

Da 13 Zwillingsgeburten vorkamen, so wurden 1113 Früchte von den Frauen geboren. 1076 Kinder kamen lebend zur Welt, während 37 Früchte abgestorben waren. 1051 waren ausgetragen, während 52 noch die Zeichen der Unreife hatten, darunter waren 14 Aborte.

Dem Geschlechte nach waren 541 männlich, 570 weiblich, so dass also die Zahl der Knaben von der der

Mädchen übertroffen wurde und auf 100 Knaben demnach 105—106 Mädchen kamen. Bei zwei Aborten liess sich das Geschlecht nicht nachweisen.

Kindeslagen.

Zu Beginn der Geburt waren die Kinder in folgenden Lagen eingestellt:

Schädellagen:

I.	H.H.-Lage	677	= 60,8%
II.	H.H. „	351	= 31,5%
	zusammen	1028	= 92,3%

I.	V.H.-Lage	2	= 0,12%
II.	V.H. „	5	= 0,4 %
	zusammen	7	= 0,52%

I.	Gesichtslage	0	
II.	„	1	= 0,09%
	zusammen	1	= 0,09%

I.	Stirnlage	1	= 0,09%
II.	„	0	
	zusammen	1	= 0,09%

Beckenendlagen:

I.	Steisslage	9	= 0,87%
II.	„	14	= 1,25%
	zusammen	23	= 2,12%

I.	Querlage a	4	= 0,34%
	„ b	2	= 0,18%
II.	„ a	4	= 0,34%
	„ b	4	= 0,34%
	zusammen	14	= 1,20%

I. Fusslage	10	= 0,87%
II. „	3	= 0,28%
zusammen	13	= 1,05%

I. Knielage 1 = 0,09%.

In 25 Fällen war die Lage nicht zu bestimmen, da es sich dabei teils um Aborte, teils um Sturzgeburten handelte; von letztern wurden 10 beobachtet.

Operationen.

Infolge der pathologischen Geburten mussten verschiedene operative Eingriffe vorgenommen werden; so wurden am Beckenende 42 Extraktionen gemacht. Die einfache Zange wurde in 29 Fällen angelegt, die hohe Zange dagegen 5 mal, wobei 2 mal die Hebotomie vorausgegangen war. Bei den Zangenextraktionen waren 3 Kinder tot. Die Wendung wurde 42 mal ausgeführt und zwar: die äussere 3 mal wegen Querlage, die kombinierte 4 mal (1 mal wegen Entkräftung der Mutter, 3 mal wegen Nabelschnurvorfall); die innere 35 mal (10 mal wegen Querlage, 11 mal wegen Nabelschnurvorfall, 10 mal wegen Beckenenge, 3 mal wegen Armvorfall, 1 mal wegen Placenta praevia). Die Resultate der Wendung waren: 33 lebendige, 9 tote Kinder.

Die Perforation des vorangehenden Kopfes wurde 7 mal, des nachfolgenden 2 mal ausgeführt; dabei wurde 7 mal die Kranioklasie angeschlossen. Einen Fall, der sehr schwierig war und bei dem auch die Dilatation nach Frommer angewandt wurde, möchte ich hier anführen:

1903. Journal-No. 465. Flora Br., II. para, 40 Jahr, verheiratet; am normalen Ende der Schwangerschaft. Tag der Aufnahme 23. 9. 03. Hat vor 4 Jahren Unterleibsentzündung gehabt. 1. Entbindung am 5. April 1900,

wobei Muttermund künstlich erweitert und Zange angelegt, ebenfalls die Placenta manuell entfernt wurde. Am 27. 9. 03 beginnen starke Wehen; der äussere Muttermund durchgängig für 1 Finger; am Cervix eine denselben fast völlig verschliessende membranöse Brücke, sowie nach beiden Seiten eine feste Resistenz. Die Wehen bleiben stark, jedoch bleibt der Befund nach $7^1/_2$ Stunden unverändert; das Kind ist jedoch abgestorben. Die Portio steht ausserordentlich hoch, gerade eben noch zu erreichen; Muttermundslippen sind tief von einander gespalten und zwischen ihnen auf beiden Seiten narbiges Gewebe; der untere Teil der Cervix zugängig. Allmählich weniger Wehen, die bald aufhören. Bei wiederholter Untersuchung wird Inhalt des Uterus stark übelriechend gefunden. Daraufhin wird Dilatation der Cervix mit Frommer'schen Dilatator (6 cm) und die Perforation vorgenommen. Letztere wegen narbiger Resistenzen sehr schwierig, gelingt jedoch ohne Komplikation. Darauf sofort starke Blutung. Versuch des Credé erfolglos, weshalb manuelle Placentarlösung, die sehr schwierig, da die Placenta am Fundus sehr adhärent. Wegen nunmehr folgender starker Blutungen heisse Ausspülungen und Ergotin. Untersuchung nach Entbindung ergibt nach hinten und rechts frischen, ziemlich hochgehenden Cervixriss. Kind und Placenta sehr übelriechend. Das Wochenbett verläuft normal; Cervixriss heilt gut. Wöchnerin kann schon am 14. Tage die Klinik verlassen.

Sectio cäsarea wurde 5 mal vorgenommen, 4 mal wegen plattrhachitischen, 1 mal wegen schräg verengten Beckens; darunter kam ein Todesfall wegen Vitium cordis vor. Die Indikation war 4 mal eine absolute, 1 mal eine relative. Einige Fälle finde ich besonders beschrieben:

I. 1903. Geb.-Journal No. 286. Barbara M., ledig, I. para. Befund zeigt plattrhachitisches und allgemein

verengtes Becken. Kindlicher Kopf in Vorderscheitelbein-Einstellung. Am 6. Juni Sectio caesarea:

Schnitt in Medianlinin 3 Finger über Symphyse bis 3 Finger breit über Nabel. Uterus durch sagittalen Fundalschnitt, der oberes Ende der Placenta trifft, eröffnet. Extraktion eines kräftigen Kindes; Placenta und Häute werden manuell entfernt. Uterus zieht sich schlecht zusammen, und daher mässig starke Blutung. Darauf Naht der Wunden. Patientin noch 5 Tage leichte abendliche Temperatursteigerungen, die sich nach 4 tägiger Pause noch einmal wiederholt. Am 20. Tage geheilt entlassen.

II. 1904. Geb.-Journal No. 173. Margarete O., III. para, 29 Jahr. In der Nacht vom 28.—29. 3. mehrfache Wehen; Cervix für einen Finger durchgängig; kindlicher Kopf in Schädellage. Nach Bad und heisser Scheidenspülung Operation:

Leibschnitt 3 fingerbreit oberhalb der Symphyse bis handbreit oberhalb des Nabels. Querer Fundalschnitt von einer Tubenkante bis zur andern; ohne Kompression der Uteringefässe leichte Blutung. Nach Durchtrennung der Eihäute Extraktion eines asphyktischen Mädchens, das bald spontan schreit. Placenta und Eihäute leicht gelöst. Keine Blutung des sofort gut kontrahierten Uterus. Darauf Naht und Verband. Allgemeinbefinden in den folgenden Tagen sehr gut. Nur am 2. und 3. Tage Fieber bis 39°. Am 4. Tage Verbandwechsel, wobei stark eitrige Sekretion; Bauchhaut stellenweise stark unterminiert; einzelne Stellen des Bauchschnittes gerötet, zeigen Fluktuation; Eröffnung und Entleerung dieses Eiters. Darauf lässt Fieber nach; Wunde heilt gut, und kann Entlasssung erfolgen am 23. 3. 04.

III. 1904. Geb.-Journal No. 624. Anna W., I. para, 32 Jahr. Aufgenommen am 24. 10. 04. Hatte vor 7 Jahren

Gelenkrheumatismus; vor Jahren in Karlsbad wegen Gelenkrheumatismus in klinischer Behandlung. Seit 31. 10. 04 Atembeschwerden und Herzklopfen, Frostanfälle, ferner Schmerzen in Schulterblättern; kurzes Hüsteln. Mittags ist Frau sehr dyspnoisch und cyanotisch. Herz rechts verbreitert; an Herzspitze der 1. Ton unrein, stark diastolisches Geräusch; auf beiden Lungen Knistern; Sputum rostbraun. Diagnose: Centrale Pneumonie. Patientin bekommt Eisblase aufs Herz; innerlich Digitalis. Am 6. 11. sind Lungenerscheinungen verschwunden. Auch die Ödeme, die schon aufgetreten, verschwinden infolge der Digitalis und der Bettruhe. Patientin hat glattes Becken, abnorm rigide Weichteile; Kind liegt in 1. Querlage. Sectio caesarea am 3. 12. 04. Schnitt wie unter I und II. Nach Eröffnung der Bauchwand werden Adnexe abgeklemmt; Uterus und Mittellinien eröffnet; Placenta liegt in ganzer Ausdehnung vor, wird schnell gelöst, Eihäute gesprengt, Kind herausgezogen; dasselbe lange apnoisch. Beim Vorwälzen des Uterns drängt sich der stark geblähte Darm vor und muss energisch in die Bauchhöhle zurückgedrängt werden. Die Adnexe werden beiderseits durchtrennt; Umlegung einer Gummischnur, Unterbindung und Umstechung der Uterinae beiderseits neben den Uterus; Absetzen desselben. Nach Reinigung der Cervixhöhle Vernähen des Stumpfes; Vereinigung des hintern und vordern Peritoneums und Schluss der Bauchwunde. Nach der Operation 3 maliges Erbrechen; Schmerzen; einige Tage nachher Temperatursteigerung bis 38,8 °, die am 9. 12. abfällt, worauf Wohlbefinden, das anhält bis zur der am 24. 12. erfolgten Entlassung.

Ferner wurde 1 mal wegen Eklampsie infolge chronischer Nephritis ein vaginaler Kaiserschnitt gemacht.

1 mal wurde Ovariotomie ausgeführt, und später die Wöchnerin durch Forceps entbunden; der Fall ist folgender:

1903. Geb.-Journal No. 266. Kath. Sch., I. para, 26 Jahr. Frau wurde als Kreissende der Klinik überwiesen; seit Blasensprung ziemliche Massen von Meconium abgegangen; Temperatur bei Aufnahme ins Kreisszimmer 38,4°; Geburt erschwert durch ein zwischen Kopf und Promontorium fest ins Becken eingekeiltes, multiokuläres Ovarialkystom. Wegen Fieber der Patientin und Wahrscheinlichkeit der Infektion wird die Ovariotomie gemacht (das gynäkologische Journal liegt mir darüber nicht vor). Nach der Operation waren die kindlichen Herztöne noch deutlich zu hören. Die innere Untersuchung ergab, dass der Kopf ins Becken eingetreten sei; Muttermund handtellergross, Cervikanal verstrichen; $2^1/_4$ Stunde nach der Operation angeblich erste Wehe; Kopf in Vulva sichtbar, 2. Schädellage. Da Hebamme noch kurz vorher Herztöne gehört haben will, sofortiges Anlegen des Forceps und Entwicklung des Kindes, das jedoch tot war.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch einen anderen Fall von Ovarialkystom bei Schwangerschaft und Entbindung erwähnen, das aber nicht operiert wurde.

1904. Geb.-Journal No. 584. Eva Fl., 34 Jahr, IV. para. 3 ersten Entbindungen normal. Letzte Schwangerschaft gut, ohne Erbrechen und ohne Blutung; vor 3 Tagen plötzlich Schmerzen im Unterleib und Frost; seitdem bei jeder Bewegung Schmerzen; kam am 11. 12. 04 in die Klinik; Frau schleppt sich mühsam ans Kreissbett. Leib nicht gleichmässig aufgetrieben; am stärksten rechts oben gegen die Leber zu, wo auch starke Druckempfindlichkeit. Rechts an der obern Hälfte des Uterus, demselben dicht anliegend und nur bei Kontraktionen desselben von ihm durch die Konsistenz unterscheidbar, liegt ein weicher, cystischer, auf Druck empfindlicher Tumor von gut 2 Faustgrössen. Am folgenden Tage Zunahme der kolikartigen Schmerzen, die ausschliesslich in

die Gegend des Tumors verlegt werden. Palpation wegen Druckempfindlichkeit unmöglich. Abends ½11 Uhr Spontangeburt eines frühreifen Knaben; keine Blutung; Placenta erfolgt spontan: Uterus dauernd kontrahiert.

Befund unmittelbar nach der Entbindung: Uterus etwas unterhalb des Nabels; rechts von demselben, seiner rechten Kante aufsitzend, wenig verschieblich eine sehr druckempfindliche, cystische Geschwulst, nach oben fingerbreit unterhalb des Rippenbogens, medianwärts nicht ganz an Mittellinie reichend.

Patientin verlässt in gutem Wohlbefinden 9 Tage nachher die Klinik.

An künstlichen Frühgeburten, die ausgeführt wurden, haben wir 12 zu verzeichnen, sämtlich durch Metreuyse; 1 Kind starb, 11 lebten; 1 mal war Veranlassung dazu hochgradige Nephritis; in den übrigen Fällen dagegen Beckenverengerung.

Hebotomie wurde 2 mal gemacht bei platt-rhachitischen Becken mit nachfolgender hoher Zange. (Näheres darüber siehe Hammer, Münchener med. Wochenschrift 1905.)

Uterus und Scheide wurden je 3 mal tamponiert. Manuelle Placentarlösung wurde 4 mal, Credé 34 mal ohne und 9 mal mit Narkose gemacht; Episiotomien wurden 6 ausgeführt, davon 1 doppelseitig.

Komplikationen und Ananalien der Schwangerschaft und Geburt.

Eine seltene Komplikation der Schwangerschaft und Geburt ist das Carcinom der Portio, welches einmal beobachtet und in der gynäkologischen Abteilung operiert wurde. Der Fall ist folgender:

1904. Geb.-Journal No. 245. Barb. Pf., 44 Jahr, X. para. Letzte Geburt und Wochenbett normal; hat

seit 9. 6. 1903 unregelmässige starke Wehen, die nach 2 – 4 tägiger Pause sich oft wiederholen. Untersuchung ergibt Unregelmässigkeiten und bröckliche Massen an der Portio. Es erfolgt am 12. 5. 1904 Spontangeburt eines macerierten Kindes. Die Blutungen dauern im Wochenbett weiter und sind ziemlich stark. Es wird am 1. 6. 1904 zur Freund'schen Operation geschritten. In starker Beckenhochstellung wird die Eröffnung des Abdomens vorgenommen, die durch starke Aufgetriebenheit des Darmes recht unbequem ist, zumal die Patientin sehr schwer atmet; ebenso ist das kleine Becken nur unvollkommen vom Darm zu entleeren. Der grosse Uterus wird durch Klemmen hervorgezogen, die Adnexe beiderseits möglichst weit peripher abgebunden, die Ligamente bis auf die Basis durchtrennt, das Peritoneum vorne quer durchschnitten, lässt sich ohne weiteres leicht bis über das Scheidengewölbe hinunterschieben. Die Aufsuchung der Uterinae beiderseits durch den starken Blutreichtum und die Zerreisslichkeit der Gewebe infolge des puerperalen Zustandes ziemlich erschwert. Nach möglichster Auslösung der obern Teile der Scheide vom umgebenden Bindegewebe und provisorischer Abklemmung der seitlichen Partien und der Lipamenta retrouterinae wird unterhalb der Portio eine Schlinge um den obern Teil der Scheide gelegt und unterhalb derselben mit dem Papuelin die Scheidenwand durchtrennt. Dieser ganze Teil der Operation ist wenig blutreich. Umstechung der seitlichen Scheiden- und der abgeklemmten Beckenbindegewebspartien; Durchführung eines kleinen Gazestreifens in die Scheide. Darauf Versuch, die schon vorher wahrgenommene linksseitige, hühnereigrosse und gegen die Umgebung verschiebliche Drüse aus dem linken Parametrium herauszuschälen; dieselbe sitzt ganz den grossen Blutgefässen bis zur Vena iliaca auf, so dass die Aus-

schälung sehr vorsichtig gemacht werden muss, aber ohne Verletzung gelingt. Ausser der Hauptdrüse werden auch noch einige kleinere, daneben liegende entfernt. Weitere Drüsen sind nicht nachweisbar. Dann Schluss des Beckenperitoneums über der ganzen Wunde und dieser selbst mit 2 fortlaufenden Catgutnäten.

Patientin klagt noch einige Tage über starke Schmerzen im Bereich der Wunde; Fieber tritt nicht ein, ebensowenig Erbrechen. Vom 5. Tage an Wohlbefinden, so dass sie am 23. 6. entlassen werden konnte.

Tympania Uteri wurde 2 mal beobachtet; jedesmal war die Frucht abgestorben. Ich finde darüber kurz folgendes:

I. Rosa Dr., 24 Jahr, II. para: starke Spannung der Abdomens. Uterus steht hoch; Frau dyspnoisch, Wehen werden schwächer, Fötus wird rasch extrahiert, wobei übelriechende Gase aus dem Genitalapparat kommen. Wochenbett ohne Fieber.

II. Kath. J. bekommt während des Kreissens ziemlich rasch Tympania Uteri. Partus praematurus; sofort Extraktion des in Steisslage liegenden Foetus; Ausspülung des Uterus; Wochenbett normal.

Des weitern kamen 10 Fälle von Nephritis vor, von denen 4 Frauen eklamptische Anfälle bekamen, während die andern 6 zuletzt, ohne Eiweiss zu haben, die Klinik verliessen.

10 mal wurden überstürzte Geburten wahrgenommen, von denen 4 als reine Sturzgeburten anzusehen sind, da Kreissende schon auf dem Wege zur Klinik resp. Kreisszimmer unerwartet entbunden hatten; dabei fand 2 mal eine Zerreissung der Nabelschnur statt. Diese 4 Fälle sind folgende:

I. Frau Marie W., 24 Jahre, wird behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt in die Klinik geschickt. Gleich

nach Aufnahme ins Kreisszimmer schlug Kind mit dem Kopf auf den Boden auf; Fuss frei in der Luft, während die Mutter sich mit gespreizten Beinen auf den Bettrand stützen wollte. Zerreissung der Nabelschnur, keine Verletzung des Kindes; Nachgeburt erfolgt gleich, nachdem die Mutter aufs Bett gelegt war. Leichter Fieberanfall am 8. Tage. Sonst normaler Verlauf.

II. Auguste M., 21 Jahr. Geburt vollzog sich unterwegs, so dass nur noch Nabelschnur abgebunden werden konnte. Nachgeburt $^1/_4$ Stunde nach Aufnahme ins Kreissbett.

III. Margarete Gr. begab sich trotz starker Wehen nicht auf den Kreisssal. Als sie am 6. 4. 1803 den Abort aufsuchte, soll ihr das Kind herausgefallen sein. Nabelschnur abgerissen. Sie ging dann mit dem Kinde ins Kreisszimmer, wo Nachgeburt spontan verlief.

IV. Juliana Fr., 39 Jahr. Sobald Frau Wehen verspürte, begab sie sich zur Fahrt nach der Klinik, unterwegs einige kräftige Wehen, wodurch Kind rasch geboren. Placenta ging auf der Treppe in der Klinik verloren. Geringe Nachblutung.

Vitium cordis kam 4 mal vor; 2 mal trat Exitus letalis ein, während die beiden andern Frauen genasen.

Eklampsie wurde 3 mal gesehen und zwar:

I. 1903. Geb.-Journal No. 444. Sabine W., 21 Jahr, I. para; wird, nachdem sie am 12. 9. 5 eklamptische Anfälle gehabt, zuletzt blauschwarz verfärbt. Darauf Forceps. Im Wochenbett phlegmonöse Entzündung des rechten Mittelfingers.

II. 1903. Geb.-Journal No. 246. Margarete Sch., 25 Jahr, I. para. Nach 3 Anfällen Blasensprengung, worauf Spontangeburt. Wochenbett normal; wird von Nephritis gebessert entlassen.

III. 1904. Geb.-Journal No. 568. Anna St., 25 Jahr, I. para; wird nach eklamptischen Krämpfen durch Partus praeciptatus entbunden. Normales Wochenbett.

Retentio chorii kam 9 mal vor, davon bekamen 7 Frauen 1—3 Tage hindurch Fieber bis 38,8°, die beiden andern blieben fieberfrei.

Placenta praevia wurde 4 mal beobachtet; 1 mal wurde Kolpeurynter eingelegt, nachher Kind gewendet und extrahiert, darauf wegen starker Blutung die Placenta durch Credé entfernt. Das Kind, das erst asphyktisch war, erholte sich bald. 1 mal wurde Kind gewendet, dann tot extrahiert, und die Placenta manuell entfernt.

1 mal ward nach Sprengung der Blase das Kind gewendet, und nachdem es abgestorben, und die Blutung stand, extrahiert.

1 mal wurde Kind spontan geboren und die Placenta durch Credé entfernt.

Über weitere Schwangerschaftskomplikationen wie solche der Geburt gibt folgende Aufzeichnung eine Übersicht:

I. Komplikationen der Schwangerschaft.

Ascites	2
Prolaps der Scheide	4
Lues der Mutter	7
Phthisis Pulmonum	1
Venter propendens	3
Kystoma Ovarii	2
Epilepsie	1
Blutung schwere	1

II. Komplikationen der Geburt.

Febris intra partum	10
Vagina septa	1

Uterus arcuatus	5
Umschlingen der Nabelschnur um den Hals	26
darunter in 3 Fällen 2 mal	
„ „ 4 „ 3 „	
„ „ 1 „ 1 „	
Umschlingen der Nabelschnur um Fuss	1
„ „ „ „ Arm	1
Insertio velamentosa	5
Struma des Kindes	1
Handvorfall	2
Armvorfall	1
Vorliegen der Nabelschnur	2
Vorfall derselben	9
Myomata Uteri	3
Hydramnios	2
Bronchitis der Mutter	3
Vorzeitiger Blasensprung	5
Tiefsitz der Placenta	4
Partus praematurus	20
davon Foet. sanguinol	5
„ macer.	4
Kind lebend geb.	8
„ tot „	3
Hämatoma labii major	1
Thrombose	1
Fötus conduplicato corp.	1
Schwere Blutungen	5
Leichte Blutungen	16
Dammrisse 1. Grades	60
„ 2. „	33
„ 3. „	1
Uterus ruptur	5

Die bei weitem häufigsten Komplikationen bei den Geburten gaben jedoch die Beckenverengerungen ab; es wurden bei den 1100 Geburten 77 enge Becken angegeben d. i. 7% und zwar:

einfach platte	20
rhachitisch platte	33
osteomalacische	1
allgemein verengte	20
schräg verengte	9
solche mit verengtem Ausgang	2

Vorderscheitelbeineinstellung wurde 4 mal gesehen, davon 2 Spontangeburten, während 2 mal eingegriffen wurde. Hinterscheitelbeineinstellung kam 2 mal vor, beide mit spontaner Geburt.

Anomalien der Kinder.

Struma des Kindes	1
Pes volgus	1
Pes varo-equinus	1
Spina bifida	1
Glückshaube	1
Mastitis des Kindes	1
Hexenmilch	3
Hydrops des Fötus	1
Humerusfraktur	1
Clavikularfraktur	1
Defect des einen Ohres	1
Freiverlaufendes Gefäss auf der Nabelschnur	1
Ectopia Vesicae	1
Ectopia Viscerum	1

Über letzten Fall finde ich folgendes:

Geb.-Journal No. 607, 1903. Regina M., 21 Jahr, I. para, kommt am 15. Dezember mit der Angabe, ihr

sei um 7 Uhr etwas aus der Vulva getreten, Wehen vorher gut, keinerlei vorherige Entbindungsversuche. Untersuchung ergibt: Aus der Vulva hängt ein gut faustgrosses Konglomerat sehr stark geblähter, blauroter Darmschlingen, die aus dem Muttermunde hervorquellen. Der ganze Scheideninhalt intensiv stinkend; Tympania Uteri; daher sofortige Entbindung: der oben liegende Fuss wird unter grosser Schwierigkeit mit 2 Fingern gefasst, und in den Muttermund hinunter geleitet. Weiteres Herunterziehen erst nach Anfassen mit Knochenzange möglich, wobei die untere Extremität bricht. Herunterziehen des Beckens erst nach Anlegen des stumpfen Hakens; der relativ grosse Kopf wird perforiert und mit Kranioklast langsam extrahiert. Kind ist mässig maceriert, zeigt vollkommene Ektopie sämtlicher Eingeweide. Placenta folgt leicht. Wöchnerin am 24. 12. geheilt entlassen, nachdem sie einige Tage gefiebert hat.

Als weitere Komplikation ist noch ein Emphysem der Haut des Kindes anzuführen. Das Kind wurde wegen Vorfall einer Nabelschnurschlinge gewendet; Wendung war nicht sehr leicht; als Kind zur Welt kam, war Emphysem der Haut auf der linken Thoraxhälfte vorhanden, welches sich in den beiden folgenden Tagen noch weiter ausdehnte, dann stetig abnahm, bis es sich ganz verlor. Irgend eine Ursache war nicht zu finden, auch nicht nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Die Behandlung bestand in einem leichten Kompressivverbande mit Mullbinden. (Ausführlicheres beschreibt Kirchgessner in der Münch. Medic. Wochenschrift 1903.)

Morbidität und Mortalität.

Es sind von den 1100 Frauen 4 gestorben, davon

1 an Vitium Cordis in der 4. Woche des Wochenbettes;

1 an Insufficientia Cordis 4 Stunden post Partum;

2 an Uterusruptur.

Demnach ist kein einziger Fall von Exitus letalis infolge puerperaler Infektion eingetreten.

Die 4 Todesfälle sind folgende:

I. 1904. Geb.-Journal No. 472. Anna M., 29 Jahr, II. para, kommt sehr heruntergekommen in die Klinik. Entbindung ohne Besonderheiten; Kind frisch; 5 Minuten nachher starke Blutung; Uterus schlaff; Placenta durch Credé entfernt. 1 Stunde nachher Schmerzen in der Herzgegend. Puls frequent, doch kräftig. Atemnot nimmt zu; Kochsalzinfusion; rapider Verfall; in der Nacht Exitus letalis (4 Stunden post Partum).

Todesursache: Myodegeneratio cordis, Insufficientia.

II. 1904. Geb.-Journal. Luise H., 41 J., III. para. Herzbefund: Linke Grenze 2 Querfinger nach aussen verbreitert; Spitzenstoss ausser der Mammillarlinie. Herztöne sämtlich unrein. Keine deutlichen Geräusche. Wegen unverkennbarer Zunahme der Herzbeschwerden Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Am 9. Juni Metreurynter 2 Uhr nachmittags; abends 9 Uhr Geburt des Kindes.

Über den Verlauf des Wochenbettes konnte ich nichts finden. Die Section ergibt: Vergrösserung des Herzens, Schwielen im Epikard: feste Gerinnsel in beiden Vorhöfen; Thrombus in einem Arterienast der Lunge. Aorta auffallend eng; Mitralklappen verwachsen und stark verdickt. Anatomisch-pathologische Diagnose: Adipositas cordis dextri et sinistri, Myodegeneratio. Sthenosis et Insufficientia Valvulae mitralis.

III. 1903. Geb.-Journal No. 177. Marie Magdalene Fr., 35 Jahr, V. para, wird am 17. 4. poliklinisch übernommen: Steiss des Kindes links oben im Fundus; Herztöne rechts am deutlichsten, unregelmässig, an Frequenz variierend. Bei innerer Untersuchung zeigt sich Introitus. Vaginae weit; äusserer und innerer Muttermund verstrichen; Blase steht; dahinter fühlbar die pulsierende Nabelschnur. Direkt über Schamfuge und rechts ist der Kopf eben erreichbar, ist jedoch so fest gegen das Becken angestemmt, dass er sich mit dem Finger absolut nicht erreichen lässt. Diagnose: Schieflage.

Da Nabelschnur vorliegt und Herztöne schwanken, so Wendung, die nur soweit gelingt, als ein Fuss ausserhalb der Vulva kommt. Weiter lässt sich das Kind trotz stärkster Anstrengungen nicht extrahieren; ebenso kann auch der Kopf durch äussere Handgriffe nicht von seiner Stelle gebracht werden. Da sich bei nunmehr wiederholter Untersuchung ein Cervixriss links hinten offenbart, so wird Kreissende in die Klinik gebracht.

Hier zeigen sich in der Scheide mehrere pralle aber pulslose Nabelschnurschlingen, der Kopf steht fest auf Beckeneingang, Muttermund rings herum etwa 2 fingerbreit erhalten, zeigt nur auf der rechten Seite eine Einkerbung bis ins Scheidengewölbe. Nach Perforation in der Pfeilnaht, unter kräftiger Fixierung des Kopfes Ex-

traktion des kräftigen Kindes mit dem Kranioklast, Placenta bald darauf durch Druck auf Uterus.

Die Untersuchung zeigt hierauf einen grossen Riss in der hintern Cervixwand, der bis in den Uterus hinaufgeht; die Hand kommt durch denselben in eine Höhle. Das Peritoneum scheint überall erhalten zu sein; nur an der Rückfläche des Uterus dringt man unzweifelhaft auf die freie und glatte Fläche. Da Blutung bei guter Kontraktion augenscheinlich gering, und das Kind sicher nicht in die Bauchhöhle ausgetreten war, so wird auf einen weitgehenden Eingriff verzichtet; die Wunde wird mit sterilem Wasser abgespült, und ein doppeltes Gummidrain an dieselbe eingeführt; feste Tamponade der Wunde und der Cervix und Fixation des Uterus. Patientin erholt sich nach der Narkose ziemlich schnell. Zwei Tage darauf gutes Befinden, das dann jedoch schlecht wird; Erbrechen, starker Meteorismus, Schmerzen im Leib und zuletzt Exitus am 5. Tage. (Sektionsprotokoll nicht aufzufinden.)

IV. 1903. Geb.-Journal No. 371. Dorothe A., 29 Jahr, IV. para. 1. Partus per Zange, 2. und 3. spontan. Aufgenommen am 31. Juli. An der rechten Seite erstreckt sich vom Cervix gegen die seitliche Scheidenwand eine sehr straff gespannte, empfindliche Narbe. Im Laufe des Nachmittags einige starke Schüttelfröste. Muttermund dünn, scharf randig; Wehen gut. In der Nacht Spontangeburt eines toten Kindes unter kräftigen Wehen. Uterus nach der Geburt nicht in die Höhe gestiegen. 2 Stunden nachher Credéversuch, der erfolglos. Gegen Morgen wird die Placenta manuell entfernt, erscheint jedoch nicht vollständig; beim Suchen nach dem übrigen Stück wird auf der rechten Seite etwas oberhalb der erwähnten Narbe eine inkomplete Ruptur des Uterus gefunden, weshalb sofort Operation in Äthernarkose vorgenommen wird.

Patientin wird daher anämisch, nach aussen erfolgt keine Blutung. Tamponade des Uterus; nach einigen Minuten Exitus letalis. Sektionsbericht besagt: Anämisches Individuum von mässigem Ernährungszustand; Leib stark aufgetrieben, Darm sehr gebläht; Serosa der Darmschlingen glatt und spiegelnd. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine mässige Menge rötlich gefärbter Flüssigkeit. Mesenterium sulzig gequollen und ödematös. Peritoneum des kleinen Beckens abgehoben; unter demselben befindet sich eine sehr grosse Anhäufung von teils flüssigem, teils geronnenem Blut. Der so gebildete retroperitoneal gelegene Blutsack ist ganz prall gefüllt. Nach Eröffnung desselben gelangt man retroperitoneal bis zum Uterus, wo sich ein für 3 Finger durchgängiges Loch befindet, das in den Cervix Uteri führt; daselbst liegt ein grosser Tampon. Uterus stark vergrössert, dunkelrot gefärbt; sein Inneres von Blutgerinnseln angefüllt, die besonders an der Placentarstelle sitzen. An der linken Seite des Cervix befindet sich eine harte, grauweisse Narbe, die sich noch in die Scheide erstreckt.

Pathol.-anatomische Diagnose: Hämatama retroperitoneale; Perforatio cervicis uteri in latere desetro, Pleuritis adhäsiva.

Tabelle der Mortalität ist folgende:

1000 Geburten	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	900	1100	Summa
Gestorben überhaupt	5	7	9	7	5	7	3	4	47 = 0,58 %
gestorben an puerperaler Infektion	1	3	2	0	0	1	1	0	8 = 0,1 %
Davon in der Anstalt erworben	1	1	2	0	0	0	0	0	4 = 0,05 %

Von den 1076 lebend geborenen Kindern starben während ihres durchschnittlich 9tägigen Aufenthaltes in der Klinik 23. Als Ursache finde ich in den Geburtsberichten angegeben:

Lebensschwäche	9 mal
Missbildung	1 „
Lungenentzündung . .	1 „
Ernährungsstörung . .	4 „
Ikterus gravis	2 „
Nabelinfektion	3 „

während bei 3 Kindern die Todesursache nicht nachgewiesen werden konnte.

Was nun die Morbidität der Mütter brtrifft, so hatten von den 1100 Wöchnerinnen 133 = 12% Fieber von 38° und darüber; erst bei 38° ist an eine Störung des Wochenbettes zu denken. Die Temperatur wird 15 Minuten per axillam von den Assistenzärzten gemessen, desgleichen wird von denselben der Puls festgestellt.

6 Wöchnerinnen hatten Pleuritis, je 1 hatte Pneumanie, Psoasabscess, Phthisis, Angina, Enteritis, Thrombophlebitis; 3 hatten Abscessbildung an der Injektionsstelle (Ergotin), 2 hatten Phlegmone an der Hand, 7 hatten Bronchitis, 19 Brustdrüsen-Entzündung. Bei diesen genannten 43 = 3,9% war also eine andere als eine genitale Erkrankung nachzuweisen. Bei 26 = 2,3% war keine bestimmte Ursache auffindbar, während bei 64 = 5,8% eine Erkrankung des Genitaltraktus nachzuweisen war.

Bezüglich derjenigen Fälle, bei denen keine bestimmte Ursache nachzuweisen war, möchte ich die Aufmerksamkeit hinlenken auf die vielfachen Erfahrungen aus der Privat- bezw. Land- und Armenpraxis, dass nämlich die Wöchnerinnen nach Aufregungen, vielen Besuchen Temperatursteigerungen haben; besonders treten solche auf am Montag da gerade am Sonntag viele Be-

suche gemacht werden; ferner tritt sehr oft Fieber auf nach Stuhlverhaltung, welches nach einem Klystier oder nach einem Abführmittel prompt verschwindet.

In folgender Tabelle möchte ich eine Übersicht über die gestörten Wochenbetten geben:

Fieber extragenitalen Ursprunges	unter 39°	eintägig	8	19
		mehrtägig	11	
	über 39°	eintägig	4	24
		mehrtägig	20	
			Zusammen	43
Fieber genitalen Ursprunges	unter 39°	eintägig	11	36
		mehrtägig	25	
	über 39°	eintägig	9	28
		mehrtägig	19	
			Zusammen	64
Fieber unbestimmten Ursprunges	unter 39°	eintägig	12	19
		mehrtägig	7	
	über 39°	eintägig	5	7
		mehrtägig	2	
			Zusammen	26

Hiernach ist also die Morbiditätsziffer gegen früher (vergl. Dauber's Bericht über 900 Geburten und die am Schluss derselben aufgestellte Tabelle) wieder gesunken und zwar von 14,5% auf 12%.

Ich lasse nun eine Tabelle folgen, die eine Übersicht gibt über die sämtlichen 8 Tausend nun beschriebenen Geburten bezüglich ihrer Morbidität:

1000 Geburten	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	900	1100	Summa
Gesamtmorbidität	85	102	89	106	99	164	131	133	909 = 11,36%
Morbidität infolge puerperaler Prozesse (d. h. anderweitige Erkrankungen nicht nachzuweisen) . .	67	64	48	56	73	137	97	64	606 = 7,57%
Darunter leichte Störungen	46	38	28	26	60	99	75	36	408 = 5,1%
Schwere Störungen (incl. der Todesfälle)	21	26	20	30	13	38	22	28	198 = 2,47%

Durch eine gründlich durchgeführte Desinfektion der Finger und Hände der untersuchenden Ärzte, Hebammen und Studierenden, wie durch das Ausspülen der Scheide der Schwangern und Kreissenden ist das Morbiditätsverhältnis hinsichtlich der puerperalen Erkrankungen ein durchaus günstiges, günstiger jedoch noch hinsichtlich der Mortalität.

Es ist dies ein Beweis dafür, dass die innerliche Untersuchung seitens der Studenten und der Hebammenschülerinnen unter ärztlicher Aufsicht geschehen kann, ohne die Gesundheit der in der geburtshilflichen Klinik sich aufhaltenden Frauen zu schädigen und zu gefährden. Es kann deshalb von seiten der geburtshilflichen Lehranstalten der Unterrichtszweck voll und ganz erfüllt werden bei der jetzt durchgeführten Prophylaxe. Besonders bewiesen wird dies durch die Tatsache, dass die Studenten und Hebammenschülerinnen fast alle Schwangern wiederholt untersuchen.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht Herrn Geh. Hof-Rat Prof. Dr. Hofmeier für gütige Überlassung des Themas meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich Joseph Ossenkopp, preussischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 31. März 1866 zu Hockeln als Sohn des Landwirtes Edmund Ossenkopp in Hockeln. Nach Besuch des Gymnasiums erwarb ich mir am 17. März 1887 das Reifezeugnis in Hildesheim. Am 12. Mai bezog ich die Universität Kiel, darauf die Universitäten Göttingen, Würzburg, Erlangen, Würzburg. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich in Würzburg und wurde am 9. August 1898 als Arzt approbiert. Darauf habe ich verschiedentlich praktische Ärzte vertreten und mich 1899 in Hoheneggelsen in Hannover als Arzt niedergelassen. Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Geh. Rats Professor Dr. Hofmeier und des Herrn Assistenzarztes Dr. Möglich verfasst.